

Kopfpauschalen in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine kritische Analyse auf der Basis internationaler Erfahrungen

von Stefan Greß und Simone Leiber

1. Einleitung

Die schwarz-gelbe Bundesregierung hat nach verschiedenen Anläufen Eckpunkte für eine Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgelegt. Nachdem vorangegangene Umsetzungsversuche der im Koalitionsvertrag beschlossenen Pauschalfinanzierung mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich an der Uneinigkeit der Koalitionspartner scheiterten, wird nun ein Weg beschritten, der an den bereits im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 angelegten Strukturen anknüpft.

So werden die damals eingeführten individuellen Zusatzbeiträge ausgebaut und sollen künftig ausschließlich als Pauschalen erhoben werden. Die bislang geltende Obergrenze von 37,50 € pro Monat für die Zusatzbeiträge entfällt. Damit entwickelt sich die GKV deutlich weiter in Richtung eines Kopfpauschalensystems. Zwar ist zunächst lediglich eine Teilfinanzierung über die Pauschalen geplant. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch: Auch „kleine Pauschalen“ werden schnell groß, so dass längerfristig mit einem deutlichen Anstieg der pauschal finanzierten Anteile zu rechnen ist.

In diesem Beitrag werden vor diesem Hintergrund zunächst häufig vorgebrachte Argumente für die Einführung von Kopfpauschalen kritisch bewertet. Zweitens wird das Anfang Juli 2010 von der Regierung vorgestellte Modell einer „kleinen Pauschale“ diskutiert. Grundlage der Analyse sind sowohl die vorliegende Literatur zu dem Thema als auch Erfahrungen insbesondere in den Niederlanden und der Schweiz.

2. Argumente für Systemwechsel sind nicht überzeugend

Die Koalition – zumindest deren Bestandteile CDU und FDP – rechtfertigt die (Teil-)Umstellung der GKV-Finanzierung auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale, begleitet von einem steuerfinanzierten Sozialausgleich – vor allem mit mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung, zu erwartenden positiven Beschäftigungswirkungen, einem intensivierten Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander und einer nachhaltigeren Finanzierung.

2.1 Mehr Gerechtigkeit?

Das erste Argument für die Einführung einer Kopfpauschale knüpft an die bestehenden Gerechtigkeitsprobleme im derzeitigen GKV-Finanzierungssystem an. Insbesondere wird kritisiert, dass höhere Einkommen nur bis zur Bemessungsgrenze zum Beitrag herangezogen werden und die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten wenig zielgerichtet sei (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2010). Die Verteilungswirkungen der Pauschale sind jedoch ganz entscheidend davon abhängig, wie und in welchem Umfang der Sozialausgleich gegenfinanziert wird. Übermäßige Belastungen geringer und mittlerer Einkommen können nur mit massivem Einsatz zusätzlicher Steuermittel vermieden werden (BMF 2010: zwischen 22 und 35 Mrd. €). Dabei gilt, dass die Finanzierung über die Lohn- und Einkommensteuer eher progressiv wirkt, über die Mehrwertsteuer eher regressive Effekte hat. Darüber hinaus ist anzumerken, dass eine

Finanzierung über Steuern nicht alle Gerechtigkeitsprobleme der GKV-Finanzierung lösen kann. So hat sich der Bundesgesundheitsminister erstens bereits festgelegt, dass die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten auch in einem System der Pauschalfinanzierung bestehen bleiben soll. Letztlich müssten – da eine Erhöhung nur des Spitzensteuersatzes das notwendige Steueraufkommen nicht generieren könnte (BMF 2010) – niedrige Einkommen über Steuererhöhungen den Sozialausgleich zumindest zum Teil selbst finanzieren.

Eine Begleiterscheinung des Systemwechsels wäre, dass weite Teile der Bevölkerung einen steuerfinanzierten Beitragszuschuss erhalten müssten, um sich ihre Krankenversicherung leisten zu können. In den Niederlanden erhalten 70 Prozent aller Haushalte einen solchen steuerfinanzierten Zuschuss – in der Schweiz sind dies je nach Kanton zwischen 24 und 78 Prozent (Greß et al. 2010). Das stellt einen Bruch mit dem Sozialversicherungsprinzip dar: Zahlreiche Menschen würden von Versicherten zu Empfängern einer steuerfinanzierten Fürsorgeleistung, deren Erhalt eine Prüfung der Einkommenssituation voraussetzt. Dies geht in der Regel einher mit Angst vor Stigmatisierung und Scham vor der Inanspruchnahme.

2.2 Mehr Beschäftigung?

Zweitens soll die Einführung einer Kopfpauschale zu positiven Auswirkungen für den Arbeitsmarkt führen. Zwar postuliert die ökonomische Theorie des Arbeitsmarktes positive Beschäftigungswirkungen einer Abkopplung von Gesundheits- und Arbeitskosten auf das Arbeitskräfteangebot und die Arbeitskräftenachfrage. Diese Wirkungen sind jedoch hoch sensibel im Hinblick auf die getroffenen Annahmen. So ist erstens damit zu rechnen, dass ein Teil des Ausgaben- und damit auch des Beitragswachstums über höhere Lohnforderungen der Gewerkschaften kompensiert werden kann. Zweitens wird zukünftig das

Ausgabenwachstum nach den Eckpunkten der Regierung ausschließlich von den Versicherten getragen werden müssen – was die Konsummöglichkeiten an anderer Stelle beeinträchtigt. Drittens werden über die steigenden Ansprüche für die steuerfinanzierten Transfers und daraus resultierende steigende Einkommensteuern auch die Arbeitgeber belastet. Das wäre nur dann nicht der Fall, wenn der Sozialausgleich ausschließlich über eine Mehrwertsteuererhöhung finanziert würde – was aber das Gerechtigkeitsargument zu Gunsten der Kopfpauschale ad absurdum führen würde. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass das hier vorgebrachte Beschäftigungsargument in Niederlanden und der Schweiz keinerlei Rolle spielt und auch von Befürwortern der Pauschale eher zurückhaltend beurteilt wird (vgl. hierzu aktuell Wissenschaftlicher Beirat beim BMWT 2010)

2.3 Mehr Effizienz?

Die Einführung der Kopfpauschale wird drittens mit einem intensivierten Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander gerechtfertigt. Hierin wird in dem jüngst veröffentlichten Gutachten des wissenschaftlichen Beirats im Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sogar der „größte Vorteil einer einkommensunabhängigen Prämie“ gesehen (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWT 2010: 6). Hintergrund ist das Argument, dass Eurobeiträge für Versicherte transparenter und leichter vergleichbar seien als Beitragssätze und damit der Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen intensiviert werde. Dieses Argument verkennt die Tatsache, dass bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds lebhafter Beitragssatzwettbewerb zwischen den Krankenkassen herrschte und ein nennenswerter Teil der Versicherten die Wechselmöglichkeiten durchaus wahrgenommen hat. Schon zu diesem Zeitpunkt war außerdem die offene Flanke des Kassenwettbewerbs nicht der Preis-, sondern der Qualitätswettbewerb. Zur Realisierung eines Qualitätswettbewerbs

benötigten die Krankenkassen vor allem adäquate Instrumente – insbesondere verbesserte Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge (Ebsen et al. 2003). Der Ausbau einer konsistenten Wettbewerbsordnung ist – im Gegensatz etwa zu den Niederlanden – jedoch in den Eckpunkten der Bundesregierung ebenso wenig zu erkennen wie die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung. Die absolute Höhe der Pauschale spielt darüber hinaus für den Wettbewerb keine Rolle. Die wissenschaftliche Evaluation der niederländischen Krankenversicherungsreform weist auf diesen Zusammenhang hin: „Die Annahme, dass eine hohe nominale Prämie notwendig ist, um als Anreiz zu Konkurrenz zwischen Krankenversicherern effektiv sein zu können, ist nachweisbar unkorrekt. Was für Konkurrenz zählt, ist nicht so sehr die absolute Höhe der Prämie, sondern die relativen Prämienunterschiede“ (van de Ven et al. 2010: 161f. Übersetzung durch die Autoren).

2.4 Mehr Nachhaltigkeit?

Viertens wird damit argumentiert, dass durch die Einführung der Kopfpauschale und vor allem durch die Steuerfinanzierung des sozialen Ausgleichs die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine breitere Basis gestellt und damit die Nachhaltigkeit der Finanzierung erhöht werde (Wissenschaft-

licher Beirat beim BMWT 2010). Dieses Argument verkennt, dass durch einen solchen Systemwechsel die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in doppelter Weise von Steuern abhänger wird – zum einen zur Finanzierung von Leistungsausgaben und zum anderen zur Finanzierung des Sozialausgleichs. Die Frage der Finanzierbarkeit des sozialen Ausgleichs stellt sich nicht nur in der statischen, sondern auch in der dynamischen Perspektive. Das Ausgabenvolumen hierfür ist eng an die Dynamik des Ausgabenwachstums der GKV-Ausgaben gekoppelt. Steigende GKV-Ausgaben führen demnach zu steigenden Kopfpauschalen und letztendlich zu steigenden Ansprüchen für den sozialen Ausgleich – so wie auch in den Niederlanden geschehen (vgl. Tabelle 1).

Für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist dieser Zusammenhang noch virulenter als in den Niederlanden, weil steigende Ausgaben gemäß der Vereinbarungen der Koalition zukünftig alleine von den Versicherten getragen werden müssen. Vor diesem Hintergrund könnte die Koalition geneigt sein, zumindest einen Teil der derzeit im Gesundheitsfonds verwendeten Steuermittel für die Finanzierung des Sozialausgleichs zu verwenden. Die entsprechenden Mittel ständen dann nicht mehr für Leistungsausgaben zur Ver-

Tabelle 1: Pauschalen und Sozialausgleich in den Niederlanden

	Durchschnittliche Höhe der Kopfpauschale (in € pro Jahr)	Steuerfinanzierte Transferausgaben für Gesundheitszuschuss (in Mrd. € pro Jahr)	Haushalte mit Gesundheitszuschuss (in Millionen)
2006	1015	2.5	4.9
2007	1059	2.6	5.0
2008	1200	3.4	5.1
2009	1209	3.7	n.a.

Quelle: Niederländisches Gesundheitsministerium.

fügung. Konsequenz wären mit hoher Wahrscheinlichkeit – ähnlich wie den Niederlanden – politische Forderungen nach einer Reduzierung des Leistungskatalogs sowie nach mehr Zuzahlungen für die Patienten bzw. einer Beschränkung der Anspruchsberechtigung.

3. Die „kleine Pauschale“ – viel Aufwand, wenig Nutzen, soziale Schieflage

Die sofortige Einführung einer „großen Kopfpauschale“ steht offensichtlich nicht mehr auf der politischen Tagesordnung. Mit den vorgelegten Eckpunkten der Regierung ist klar, dass die einkommensabhängige Finanzierung eher schrittweise von einer Pauschalfinanzierung abgelöst werden soll. Eine solche „kleine Pauschale“ hat für die Regierung den Vorteil, dass der aus Steuermitteln zu finanzierende Transferbedarf zunächst relativ klein und damit auch vor dem Hintergrund des anstehenden Konsolidierungsbedarfs im Bundeshaushalt finanzierbar ist.

In Bezug auf Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit, Effizienz und Beschäftigung sind jedoch äußerst geringe bzw. negative Effekte zu erwarten. Selbst der schon erwähnte wissenschaftliche Beirat beim Bundeswirtschaftsministerium spricht sich gegen die Einführung einer kleinen Pauschale aus. Die Kosten seien zu hoch – die erwarteten positiven Effekte dagegen seien bei einer kleinen Pauschale zu gering (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWT 2010)

Die nun geplante Anhebung der Überlastungsgrenze von einem auf zwei Prozent des Bruttoeinkommens trifft Geringverdiener besonders hart. Ein monatlicher Zusatzbeitrag von 25 € stellt für einen Versicherten mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 1500 € eine deutliche höhere prozentuale Belastung dar als für einen Versicherten mit einem Bruttoeinkommen von 3000 €.

Und auch durch die Einführung einer kleinen Pauschale wird ein schleichender Systemwech-

sel ausgelöst. Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages müssen die Versicherten zukünftig den Ausgabenanstieg alleine tragen. Konsequenz ist ein steigender Transferbedarf zur Finanzierung des Sozialausgleichs. Es ist nicht zu erwarten, dass der Finanzminister einen solchen Anstieg Jahr für Jahr widerstandslos tolerieren wird. Die Erfahrungen insbesondere aus den Niederlanden zeigen, dass ein steigender Transferbedarf nicht automatisch finanzierbar ist. In den Niederlanden werden daher derzeit eine drastische Ausweitung der Selbstbeteiligungen von 150 € auf 750 € pro Jahr und eine Reduzierung des Leistungskatalogs diskutiert. Beide Maßnahmen würden die Höhe des Pauschalbeitrages und damit den Transferbedarf reduzieren. Eine ähnliche Entwicklung wäre auch für Deutschland zu erwarten. Das von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) vorgelegte Konzept zur einkommensunabhängigen Finanzierung deutet in diese Richtung. Die BDA wirbt damit, dass in ihrem Konzept der Sozialausgleich ohne zusätzliche Steuermittel finanziert werden kann. Bei näherer Lektüre wird jedoch deutlich, dass der derzeitige Bundeszuschuss zur Finanzierung von Leistungsausgaben in den Sozialausgleich umgewidmet werden soll. Die entstehende Finanzierungslücke soll insbesondere durch eine drastische Reduzierung des Leistungskatalogs gedeckt werden (BDA 2010).

Da der Beitragssatz sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer um je 0,3 Prozentpunkte ansteigt, sind kurzfristig keine positiven Beschäftigungseffekte zu erwarten und auch mittel- bis langfristig sind diese – trotz Entkoppelung des Gesundheitsausgabenwachstums von den Lohnkosten durch Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags – aus oben bereits beschriebenen Gründen zweifelhaft. Gleichzeitig bleibt ein erheblicher administrativer Aufwand für den Sozialausgleich bestehen, auch wenn dieser nun direkt bei den Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern angesiedelt werden soll.

Schließlich müssen die Krankenkassen auch in diesem System für jedes Mitglied sicherstellen, dass die Versicherten die Pauschale auch zahlen. Erste negative Erfahrungen in diesem Zusammenhang sammeln diejenigen Krankenkassen, die im Laufe des Jahres 2010 einen Zusatzbeitrag erheben. Je höher die kleine Pauschale ausfallen wird, desto stärker wird voraussichtlich für die Krankenkassen das Problem von Zahlungsausfällen. Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz zeigen, dass mit einer steigenden Pauschale parallel der Anteil der Nichtversicherten und der säumigen Versicherten ansteigt. Weder in den Niederlanden noch in der Schweiz ist es bisher gelungen, dieses Problem zu lösen. Die getroffenen Maßnahmen gefährdeten entweder den universellen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen oder sind missbrauchs anfällig. In der Schweiz gelten restriktive Maßnahmen. Säumige Versicherte haben so lange keinen Leistungsanspruch, bis sie die Privatinsolvenz erklärt haben und das Sozialamt die Beitragszahlung übernimmt. In den Niederlanden müssen säumige Versicherte dagegen kaum Konsequenzen fürchten (Greß et al. 2009).

4. Zusammenfassung

Die Begründung für den von der Bundesregierung angestrebten Systemwechsel hin zu einer einkommensunabhängigen Beitragsfinanzierung überzeugt nicht. Es ist mehr als zweifelhaft, ob ein steuerfinanzierter Sozialausgleich gerechter sein wird als die einkommensabhängige Beitragsfinanzierung im Status Quo. Eine Verbesserung der Effizienz des Krankenversicherungswettbewerbs ist durch die Einführung der Pauschale ebenso wenig zu erwarten. Hierzu wäre ein konsistentes Gesamtkonzept notwendig. Die Nachhaltigkeit der Finanzierung wird in dem von der Regierung angestrebten System vor allem durch den fiskalischen Druck auf den Sozialausgleich gefährdet. Positive Beschäftigungswirkungen sind ebenfalls mehr als zweifelhaft. Der eingeleitete schleichende Systemwechsel geht

mit viel Aufwand und wenig positivem Nutzen einher. Ausgerechnet Geringverdiener werden erheblichen Zusatzbelastungen ausgesetzt.

Die unbestrittenen Defizite in der Finanzierung der GKV sollten daher durch eine Optimierung der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung beseitigt werden. Dazu gehören die Aufhebung der Trennung zwischen PKV und GKV im Rahmen eines integrierten Krankenversicherungssystems, die sukzessive Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Reform der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und die Koppelung der Steuerfinanzierung an verlässliche Indikatoren. ■

☞ Prof. Dr. Greß leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

☞ Dr. Simone Leiber ist Referatsleiterin für Sozialpolitik am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung; ab September 2010 ist sie Professorin für Sozialpolitik an der Fachhochschule Düsseldorf.

Literatur

- BDA (Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände) (2010). Für eine wirtschaftliche, leistungsfähige und einkommensunabhängige Gesundheitsversorgung. BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände.
- BMF (Bundesministerium für Finanzen) (2010). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gestaltung des von der Koalition geplanten steuerfinanzierten Sozialausgleichs für Krankenversicherungsbeiträge und dessen soziale Auswirkungen. Berlin, Deutscher Bundestag; Drucksache 17/499.
- Ebsen, I./S. Greß/K. Jacobs/J. Szecsenyi/J. Wasem (2003). Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung - Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn, AOK-Bundesverband - AOK im Dialog (Band 13).
- Greß, S./S. Heinemann/K. Jacobs (2010). "Spicken beim Nachbarn." *Gesundheit und Gesellschaft* 13(1): 21-26.
- Greß, S./A. Walendzik/J. Wasem (2009). "Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz." *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* 58(7): 147-54.
- van de Ven, W. P. M. M./F. T. Schut/H. E. G. M. Hermans/J. D. de Jong/M. van der Maat/R. Coppen/P. P. Groenewegen/R. D. Friele (2010). Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag. Den Haag, ZonMW. Programma evaluatie regelgeving: deel 27.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010). Zur Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.bmwi.de/BMWi/Navigation/Service/publikationen,did=342546.html>, Download am 18. Mai 2010, BMWT.